

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Registro ANS 314251	3 - Data de emissão da guia _ _ / _ _ / _ _
-----------------------------------	---

Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		5 - Plano	
7 - Nome		6 - Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	
8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			

Dados do Contratado				
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		10 - Nome do Contratado		11 - Código CNES
12 - T.L.	13 - 14 - 15 - Logradouro - Número - Complemento	16 - Município	17 - UF	18 - Código IBGE
20 - Nome do Profissional Executante		21 - Conselho Profissional	22 - Número do Conselho	23 - UF
24 - Código CBO S				

Hipótese Diagnóstica			
25 - Tipo de Doença _ _ A-Aguda C-Crônica	26 - Tempo de Doença _ _ - _ _ - _ _ A-Anos M-Meses D-Dias	27 - Indicador de Acidente _ _ 0-Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros	
28 - CID10 Principal _ _ _ _ _	29 - CID10 (2) _ _ _ _ _	30 - CID10 (3) _ _ _ _ _	31 - CID10 (4) _ _ _ _ _

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		
32 - Data do Atendimento _ _ / _ _ / _ _	33 - Código Tabela _ _	34 - Código Procedimento _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
35 - Tipo de Consulta _ _ 1-Primeira 2-Seguimento 3-Pré-Natal	36 - Tipo de Saída _ _ 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta	
37 - Observação _____ _____ _____		

38 - Data e Assinatura do Médico _ _ / _ _ / _ _	39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _ _ / _ _ / _ _
--	---